

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1898-99. — N° 20.

DES RAPPORTS
DE
L'APPENDICITE ET DE L'ENTÉRO-COLITE
Muco-Membraneuse

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Soutenue publiquement le 6 Décembre 1898

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

PAUL VORBE

ÉLÈVE DE L'ÉCOLE DU SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE

Né à Paris le 19 Mai 1876

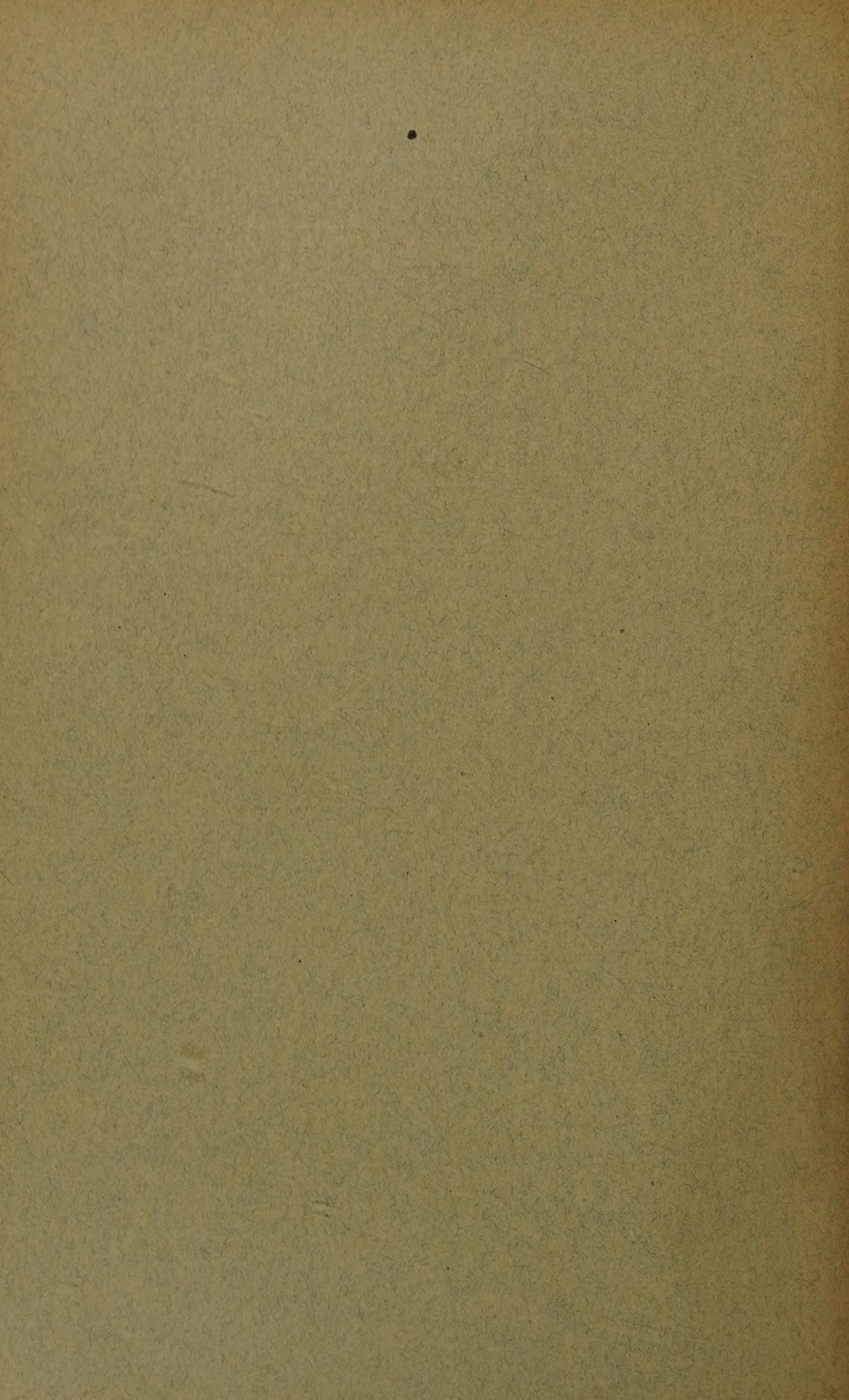


LYON

IMPRIMERIE UNIVERSELLE

35, Rue de Condé, 35

—
1898



FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1898-99. — N° 20.

DES RAPPORTS
DE
L'APPENDICITE ET DE L'ENTÉRO-COLITE
Muco-Membraneuse

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Soutenue publiquement le 6 Décembre 1898

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

PAUL VORBE

ÉLÈVE DE L'ÉCOLE DU SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE

Né à Paris le 19 Mai 1876



LYON
IMPRIMERIE UNIVERSELLE

35, Rue de Condé, 35

—
1898

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. LORTET. DOYEN,
LACASSAGNE ASSESSEUR

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. PAULET, CHAUVEAU, BERNE.

PROFESSEURS

Cliniques médicales	MM. LÉPINE.
Cliniques chirurgicales	BONDET.
Clinique obstétricale et Accouchements	OLLIER.
Clinique ophtalmologique	PONCET.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	FOCHIER.
Clinique des maladies mentales	GAYET.
Physique médicale.	GAIL LETON.
Chimie médicale et pharmaceutique	PIERRET.
Chimie organique et Toxicologie.	MONOYER.
Matière médicale et Botanique	HUGOUNEN.
Zoologie et Anatomie comparée	CAZENEUVE.
Anatomie	FLORENCE.
Anatomie générale et Histologie.	LORTET.
Physiologie	TESTUT.
Pathologie interne.	RENAUT.
Pathologie externe.	MORAT.
Pathologie et Thérapeutique générales.	TEISSIER.
Anatomie pathologique	AUGAGNEUR.
Médecine opératoire	MAYET.
Médecine expérimentale et comparée	TRAPIER.
Médecine légale	POLLOSSON(M.
Hygiène	ARLOING.
Thérapeutique	LACASSAGNE.
Pharmacie	BARD.
	SOULIER.
	CROLAS.

PROFESSEUR ADJOINT

Clinique des Maladies des Femmes	LAROYENNE.
--	------------

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Clinique des maladies des Enfants.	WEILL, agrégé
Maladies des oreilles, du nez et du larynx	LANNOIS, agr.
Accouchements.	POLLOSSON(A.)
Botanique.	BEAUVISAGE.

AGRÉGÉS

MM.	MM.	MM.	MM.
BEAUVISAGE.	ROLLET.	DURAND;	PAVIOT.
CONDAMIN.	ROUX.	DOYON.	NOVÉ-JOSSERAND.
COURMONT.	COLLET.	BARRAL.	BÉRARD.
DEVIC.	BOYER.	MOREAU.	BORDIER.
POLLOSSON (A.)	VALLAS.	PIC.	SAMBUC.
ROCHET.	SIRAUD.		

M. BEAUDUN, Secrétaire,

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

M. PONCET, Président ; M. CONDAMIN, Assesseur ;

MM. PIC et BÉRARD, Agrégés.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation.

A LA MÉMOIRE
DE MON PÈRE ET DE MES GRANDS-PARENTS

A MA MÈRE

A MON TUTEUR

A MES AMIS

C'est à Monsieur le professeur Poncet que revient l'idée première de cette thèse ; il nous fait aujourd'hui, l'honneur d'en accepter la présidence. Que ce maître dont nous avons toujours admiré la grande habileté chirurgicale et apprécié le charme de ses cliniques, reçoive nos remerciements sincères pour la bienveillance avec laquelle il nous a toujours accueilli. Nous sommes heureux et fiers d'avoir été l'élève d'un tel maître.

Merci à tous nos maîtres civils et militaires, qui nous ont témoigné de l'intérêt pendant nos trois années d'études. Nous les assurons de notre reconnaissance.

Merci à Monsieur le professeur agrégé Bérard et à Monsieur le chef de clinique Delore qui souvent nous donnèrent des renseignements avec une grande amabilité.

Que les docteurs Debève, Vergne, Thouzellier, reçoivent ici l'assurance de mon inaltérable amitié. C'est à eux que je dois les moments heureux pendant mon passage à l'école. Mes meilleurs souhaits pour la fin de ses études au docteur Battezz, qui fut toujours pour nous un ami sincère. Merci enfin à nos camarades de promotion, des marques de sympathie qu'ils nous donnèrent souvent.

INTRODUCTION

Depuis quelques années l'appendicite a pris en médecine et en chirurgie une importance de premier ordre. Toutes les sociétés savantes ont mis souvent à l'ordre du jour cette question si pleine d'intérêt. De nombreux travaux anglais et américains avaient déjà paru, mais sans dégager cette maladie de tout le confus des idées nouvelles. C'est grâce à des travaux complets, à des observations multipliées, qu'à toutes les descriptions erronées s'est substituée peu à peu la notion précise et vraie de l'appendicite. Son cadre symptomatique, ses allures, ses différentes modalités cliniques, ont été mis au grand jour par un nombre considérable d'auteurs. Et cependant tout le cadre nosologique de cette affection n'était pas encore connu en 1895. La pathogénie n'en était pas encore fixée définitivement. Et, pendant ces deux dernières années, cette question provoqua de nombreuses discussions, tant à la Société de chirurgie qu'à l'Académie de Médecine. On voulait par un exclusivisme trop absolu, ne donner à l'appendicite qu'une pathogénie, on n'admettait pas qu'il put y avoir des appendicites de différentes causes, on voulait une appendicite et non des appendicités. Ce fut dans ces discussions qu'au mois

de Novembre 1896, fut soulevé la question des rapports de l'appendicite et de l'entéro-colite muco-membraneuse. Pendant toute l'année 1896 et 1897, les discussions de M. Dieulafoy et de M. Reclus passionnèrent la Société de chirurgie. De tous côtés affluèrent de nombreux mémoires, des communications aussi intéressantes que variées.

L'observation d'une malade dans le service de M. le professeur Poncet, nous a engagé à prendre comme sujet de thèse ceste question. Loin de nous l'idée de vouloir trancher un différend, de régler définitivement un problème si intéressant. Nous nous sommes seulement efforcés dans ce modeste travail, de tirer quelques conclusions de l'observation des faits, et de l'expérimentation. Nous sommes partis de ce fait « Que le syndrome de l'appendicite est la conséquence de la structure anatomique, de la configuration, de la topographie de l'appendice. »

Dans un premier chapitre nous allons étudier soigneusement les troubles digestifs qui précèdent souvent l'appendicite, et nous les rapprocherons de la symptomatologie de l'entéro-colite muco-membraneuse.

Dans un deuxième, nous allons rappeler brièvement les rapports anatomiques de l'appendice, et son histologie, et nous ferons l'anatomie pathologique comparée de ces deux affections.

Dans un troisième, nous allons invoquer l'expérimentation.

Dans un quatrième, nous allons par l'étude très précise des observations, relever quelques faits. Enfin dans un cinquième, nous montrerons que l'appendicite

et l'entéro-colite, n'ont pas seulement des rapports de pathogénie, mais des rapports de symptomatologie.

Nos conclusions seront une déduction exacte de tous les faits que l'étude de ces chapitres nous a permis d'établir.

CHAPITRE PREMIER

Des troubles intestinaux prémonitoires de l'appendicite.

Longtemps avant que l'on eut songé à étudier un peu étroitement les antécédents des malades atteints d'accidents appendiculaires, on avait signalé, entre autres M. Jules Simon dans le *Bulletin Médical* de 1891, et ceci surtout chez les enfants, combien souvent les attaques d'appendicite sont précédées de troubles gastro-intestinaux plus ou moins intenses. Nous allons étudier ces troubles, qui représentent la période vraiment médicale de cette affection, et qui, pour être moins dramatiques, n'en sont pas moins dignes d'attention.

En premier lieu, il faut nous demander si ces troubles digestifs existent toujours ? Non, ou tout au moins ne sont-ils pas toujours apparents ; ils peuvent, d'ailleurs, très souvent, ne point exister. L'appendicite n'est pas une, elle a, comme nous le disions dans notre introduction des modalités cliniques variables, une pathogénie multiple. En quoi consistent ces troubles digestifs ? Les sujets qui ont des antécédents, accusent en général des douleurs dans l'abdomen depuis plusieurs mois, des

alternatives de diarrhée et de constipation, des malaises subits, de mauvaises digestions. Ce sont des sujets au tube intestinal très intolérant, qui, à l'occasion du moindre écart de régime, ont des embarras gastriques assez violents. Mais avant tout ils se plaignent de la constipation, constipation continue, qui alterne la plupart du temps avec des accidents diarrhéiques. Les matières expulsées sont presque toujours bilieuses et glaireuses, quelquefois même sanguinolentes. Ces évacuations sont accompagnées de douleurs vives, de coliques généralisées, qui laissent après elles une sensibilité générale de tout l'abdomen. Si l'on examine l'abdomen du malade à ce moment, l'on ne peut constater à l'inspection qu'un peu de ballonnement du ventre, et à la palpation un manque de souplesse de la paroi.

Au bout d'un certain temps les troubles gastro-intestinaux, d'abord vagues, semblent plus accusés; les différents appareils languissent. Le sommeil est mauvais, agité; le malade se plaint fréquemment de migraines. L'appétit devient presque nul et les douleurs prennent une allure paroxystique sous l'influence d'un refroidissement, d'un choc ou d'une fatigue. Les crises douloureuses s'accompagnent souvent de nausées, de vomissements muqueux, alimentaires, quelquefois bilieux. C'est au milieu de tous ces troubles divers qu'apparaît alors véritablement la crise d'appendicite, avec toute sa symptomatologie, qui nous permet de porter un diagnostic ferme et d'agir sans retard.

L'accident initial, le premier trouble, semble donc être la constipation et, comme le dit M. Lucas-Championnière, l'intestin s'encombre d'abord, puis s'empoî-

sonne, c'est bien le cas de profiter des notions modernes d'infection intestinale pour le comprendre ; l'appendice échappe pendant un certain temps à l'infection du cœcum, puis il se prend à son tour et, suivant le cas, cette infection devient définitive. L'appendice à son tour devient l'épine qui renouvelle tous les accidents graves.

Le premier stade est la constipation, disons-nous, mais cette dernière n'est-elle pas une des causes les plus fréquentes de l'entéro-colite muco-membraneuse, et ne nous est-il pas permis de dire que nous sommes en présence d'une succession morbide : d'abord la constipation, puis l'entéro-colite, puis l'appendicite. Nous allons donc étudier brièvement l'histoire de l'entéro-colite, et nous cherchons si, par l'étude de cette affection, nous pouvons admettre la réalité de ces trois stades.

Que retrouve-t-on dans les antécédents des malades atteints d'entéro-colite ? Presque toujours de l'atonie gastro-intestinale, de l'entéroptose, de la dilatation du colon, des hémorroïdes, des hernies, et chez les femmes, des affections utéro-ovariennes, toutes affections capables de créer des obstacles au cours des matières intestinales ; aussi tous les auteurs classiques et les derniers travaux sur cette affection (thèse de Carret, Paris 1897), donnent-ils à la constipation un rôle pathogénique capital dans cette affection et résument ainsi cette pathogénie : Les matières arrêtées dans le gros intestin irritent la muqueuse, qui s'exfolie et sécrète du mucus en plus grande quantité. Mais ils reconnaissent aussi tous que très souvent ces malades sont des névropathes ; cette névropathie, d'ailleurs, peut venir de la constipation.

Ainsi donc, dans les antécédents des gens atteints d'entéro-colite nous retrouvons la constipation. Interrogeons maintenant les symptômes et nous verrons si ces crises douloureuses signalées tout à l'heure comme quelquefois prémonitoires de l'appendicite ne peuvent être mises sur le compte de l'entéro-colite. Cette maladie, d'après M. Langenhagen, est caractérisée par trois symptômes principaux : une sécrétion glaireuse plus ou moins concretée en fausses membranes, l'irrégularité du fonctionnement intestinal et des douleurs abdominales qui revêtent une forme spéciale. Nous avons signalé les selles glaireuses. Le deuxième signe est l'irrégularité du fonctionnement intestinal. Ces malades n'ont pas leur équilibre intestinal ; ce sont des constipés. La constipation est particulièrement opiniâtre chez eux et prolongées. C'est elle qui, étant la cause, devient souvent la caractéristique de la maladie, constipation à laquelle succède une période de diarrhée, puis la constipation recommence et la maladie se continue ainsi par des alternatives d'encombrement intestinal et de débâcles.

Les douleurs habituelles peuvent revêtir différentes formes. Ce sont parfois des tranchées, de véritables coliques, tantôt une sorte de malaise continu. Lorsqu'on demande aux patients de préciser le siège du mal, les uns indiquent les fosses iliaques, les autres l'ombilic ou le trajet du colon ascendant, ou bien ils se déclarent incapables de préciser le siège du mal, et désignent tout l'abdomen.

« Indépendamment de ces douleurs habituelles, qui avec une intensité et des caractères variables, tour-

mentent presque constamment les malades, quelques uns d'entre eux présentent de temps en temps, le plus souvent, à la suite d'écarts de régime, de véritables crises paroxystiques durant plusieurs jours. »

N'avions-nous pas déjà signalé, toutes ces particularités, toutes ces formes de douleurs, les simples coliques et les crises paroxystiques ? En présence de ces constatations ne nous est-il pas permis de faire un rapprochement, et de dire que les troubles gastro-intestinaux, qui suivent la constipation avant l'apparition de l'attaque appendiculaire, ne sont que de l'entéro-colite. Le raisonnement, d'ailleurs, ne peut permettre de nier ces faits ; il n'est pas étonnant, en effet, qu'une constipation opiniâtre produise cet entéro-colite, puis enfin de l'appendicite. Nous pouvons donc affirmer que très souvent l'appendicite n'est que le troisième stade morbide d'une infection, et que le processus clinique pathologique : constipation, entéro colite muco-membraneuse appendicite, doit exister véritablement. L'appendicite peut donc bien être quelquefois, une conséquence, un aboutissant d'une inflammation de l'intestin, une lésion de propagation. Nous allons essayer par d'autres considérations, de le prouver.

CHAPITRE II

Considérations anatomiques et anatomo-pathologiques à l'appui des rapports de l'appendicite et de l'Entéro- Colite.

Pour montrer que toute entéro-colite muco-membra-neuse peut avoir un retentissement appendiculaire, nous allons nous adresser à l'anatomie d'abord, puis à l'histologie, et enfin, nous comparerons les lésions anatomo-pathologiques des deux affections.

L'appendice, comme le dit M. Testut, est la portion non développée du cœcum. Cet organe, qu'on a appelé « une inutilité malfaisante » est une sorte de long diverticule, annexé au cœcum, lui-même un diverticule. Il se présente sous la forme de d'un petit tube cylindrique presque toujours flexueux, qui s'implante sur la partie inférieure du cœcum, et la continue. Quelle est la signification morphologique de cet organe ? La signification morphologique de l'appendice cœcal, restée longtemps obscure, nous est nettement indiquée par le développement « Pendant la période embryonnaire, et les premiers temps de la vie fœtale le cœcum entièrement dépourvu d'appendice est relativement beaucoup

plus long que chez l'adulte. Mais toutes ses parties n'ont pas la même destinée, tandis que la partie supérieure, celle qui avoisine l'orifice iléo-cœcal, se développe et s'élargit progressivement, sa partie inférieure subit un arrêt de développement, elle se rétrécit peu à peu. et se transforme finalement en un petit tube cylindrique qui n'est autre que notre appendice vermiculaire ». Ce petit tube cylindrique est creusé d'une cavité centrale, qui en occupe toute la longueur. Inférieurement, du côté de l'extrémité libre de l'appendice, elle se termine par un cul-de-sac, supérieurement elle s'ouvre dans le cœcum.

Considérons l'histologie de l'appendice grossièrement. Nous voyons que les différentes couches de l'appendice ressemblent absolument à celles du cœcum, avec lesquelles elles se continuent sans ligne de démarcation. L'appendice comme le gros intestin, a une couche sèreuse, une tunique musculaire, une couche celluleuse, et une muqueuse formée par un tissu lymphoïde et recouverte par un épithélium cylindrique.

Analogie complète de texture intime, rapports de continuité très étroits, voilà ce que nous permettent d'établir ces quelques considérations anatomiques. De plus, nous avons constaté que l'appendice n'était que la portion non développée du cœcum. Y a-t-il donc lieu de s'étonner qu'un processus inflammatoire puisse se transmettre d'une muqueuse à une autre ? Où est la barrière qui mettrait un terme à toute inflammation ? Assurément, toute inflammation cœcale, ne retentira pas sur l'appendice, il n'y a pas là fatalité. Est-ce que l'inflammation des grosses bronches, la bronchite ordinaire, donne toujours la bronchite capillaire ? Non, et cepen-

dant l'on ne peut nier, qu'il y a là une lésion de propagation ; qui a pu être favorisée par un état général faible, par une moindre résistance de l'organisme, mais enfin, une lésion consécutive. N'est-ce point par propagation que se produisent les inflammations du cholédoque, par le simple fait de l'abouchement de celui-ci dans le duodénum, partie qui est la moins riche en microbes, à l'état normal. Pourquoi n'en serait-il pas de même pour l'abouchement de l'appendice !

Passons à l'anatomie pathologique de ces deux affections et cherchons, si nous ne trouverons pas des lésions identiques chez l'un et chez l'autre. Encore de là, nous pouvons faire jaillir un rapprochement.

L'anatomie pathologique de l'entéro-colite muco-membraneuse, peu étudiée jusque dans ces derniers temps, a été traitée tout récemment par M. Guinon, au dernier Congrès de Pédiaterie. Nous lui emprunterons sa description. « L'anatomie pathologique de cette affection, dit il, ne présente rien de particulier, et se réduit aux trois éléments successifs de l'inflammation. « Gonflement, congestion, ulcération. Histologiquement c'est l'inflammation de l'épithélium de revêtement et surtout des glandes muqueuses. La couche transparente qui recouvre la muqueuse est constituée par du mucus, formant sur lamelles, des filaments extrêmement fins, et contenant des cellules muqueuses, très altérées, dont le noyau est à peine visible, et la forme le plus souvent méconnaissable ; des cellules embryonnaires à noyaux peu distincts, en dégénérescence granulo-graisseuse, enfin quand l'affection est avancée, de véritables cellules de pus serrées et abondantes. Cette inflammation

peu même aboutir en certains cas à l'ulcération et à la perforation.

Dans les cas de colite chronique on trouve les glandes muqueuses, atrophiées ou kystiques. Le tissu conjonctif hypertrophié peut former de petits polypes papillo-glandulaires. La tunique musculaire et le tissu sous séreux sont habituellement épaissis.

Telles sont les lésions de l'entéro-colite. Quelles sont celles de l'appendicite ? Les lésions anatomiques de cette maladie ne sont guère moins variées que les formes cliniques, si changeantes de cette singulière affection. Mais *a priori*, nous pouvons dire que l'inflammation a été rencontrée à tous ses degrés et à tous ses aboutissants dans l'appendicite.

Dans une thèse récente, celle de M. Anghel, nous relevons cinq formes anatomo-pathologiques :

- 1^o Appendicite catarrhale ;
- 2^o Folliculite et périfolliculite ;
- 3^o Appendicite abcédée.
- 4^o Appendicite chronique ;
- 5^o Gangrène de l'appendice.

Nous retrouvons pas toutes ces formes anatomo-pathologiques dans l'entéro-colite. Pas de lésions gangréneuses, quelquefois de petits abcès miliaires de la paroi intestinale, mais l'appendicite catarrhale, la folliculite. les lésions chroniques n'ont-elles pas une ressemblance parfaite avec les lésions de l'entéro-colite ? Dans l'appendicite catarrhale, nous avons comme dans l'entéro-colite, le premier stade de l'inflammation, hyperhémie de la muqueuse, gonflement et multiplication des cellu-

les ; n'avons-nous point aussi dans cette dernière affection, quand les lésions sont plus profondes, plus avancées, une inflammation des follicules clos, et une périfolliculite ? Et dans la colite chronique, n'est-ce point le même processus de sclérose, la même hypertrophie conjonctive, qui emprisonne dans ses mailles tous les éléments anatomiques.

De cette analogie, de cette ressemblance frappante de lésions, on peut conclure à l'intimité assez profonde de ces deux affections, et prétendre que l'une peut venir de l'autre. Pourquoi donc, pourra-t-on nous demander, la symptomatologie en est si différente, pourquoi la gravité de l'appendicite est plus grande ? Ici encore, nous nous adresserons à l'anatomie, qui répondra pour nous. L'appendice est un long diverticule, un cul-de-sac, une fistule borgne interne, comme l'appelle M. Reclus. Aussi, toutes les matières, mucus et pus, provoquées par toute inflammation, si légère soit-elle, sont-elles stagner, se corrompent, et la virulence des microbes s'y exaltera. Nous sommes, en effet, en présence d'un véritable tube de bouillon de culture qui se trouve dans une étuve exceptionnelle, pour que toutes les colonies microbiennes puissent se reproduire avec rapidité. Pourquoi donc, dit M. Dieulafoy, ce colibacille si prompt, si enclin à l'infection, quand il s'agit des parois de l'appendice, soit moins terrible pour les parois intestinales. Pourquoi ? C'est que dans l'intestin la route est libre, le canal est large, sans cesse balayé par les liquides alimentaires. L'appendice, lui, ne peut lutter que seul contre l'envahissement microbien par sa phagocytose, et si cette dernière est

la moins forte, si elle ne peut détruire tous les germes infectieux, ces derniers pourront infiltrer successivement toutes les couches de l'appendice, et donner lieu aux lésions les plus graves. L'appendicite n'est enfin, semble-t-il, qu'une entérite spéciale, plus grave et au processus, plus rapide.

Enfin, si l'on ne trouve pas à l'autopsie, des lésions sur la muqueuse cœcale, intestinale, quand il y a eu entéro-colite avant appendicite, c'est que l'inflammation était légère, superficielle. Est-ce qu'une bronchite aiguë, un coryza laissent des lésions sur la muqueuse nasale ou bronchique ?

De ce chapitre, il ressort que l'anatomie fait très bien comprendre des appendicites, suites d'entéro-colite, et nous ne citons ici que l'entéro colite, puisque tel est notre sujet, mais nous pourrions étendre cette réflexion à toutes les inflammations du tube intestinal, dysenterie, fièvre typhoïde, etc. En second lieu, nous retrouvons dans les lésions anatomo pathologiques de ces deux affections, de tels points d'identité, qu'il nous est permis de croire à des rapports étroits entre elles.

CHAPITRE III

Les Preuves expérimentales

L'anatomie semble prouver que l'appendicite par propagation peut exister ; pour appuyer cette idée, il fallait l'expérimentation. M. Beaussenat, dans un travail de l'année dernière, a montré par des expériences aussi intéressantes que probantes, que l'appendicite éclatait presque toujours, lorsqu'une lésion soit irritative, soit toxique, soit même inflammatoire, a existé au voisinage de l'appendice.

Qu'a-t-il fait ? Il a produit une entéro-colite expérimentale chez des lapins en leur faisant ingérer de la viande de bœuf hachée en pleine putréfaction. Chez tous, au bout de six à sept jours, après une période de diarrhée fétide très liquide et très noire, et même une ou deux fois d'émission de sang par l'anus, il a fait les constatations suivantes : Chez tous, la muqueuse cœcale était rouge et épaissie, tout le gros intestin était vascularisé, et l'on remarquait quelques ulcérations légères en coups d'ongle. L'appendice, lui, très volumineux, très vascularisé, avait aussi de petites ulcérations.

Il était parsemé extérieurement de petits points blancs, gros comme des grains de blé. Ces petits abcès, qui soulèvent la séreuse, font également saillie sous la muqueuse. Les follicules clos sont très saillants. L'inflammation, dit M. Beaussenat, semble débiter par des exulcérations de la muqueuse, et l'inflammation s'étend ensuite secondairement jusqu'aux follicules.

Donc voici bien de l'appendicite, suite d'entéro-colite, et personne ici ne peut nier cette coïncidence, cette liaison. Et les liaisons constatées donnent la preuve de ce que l'anatomie nous permettrait d'accuser : C'est à savoir que les lésions appendiculaires sont beaucoup plus intenses que celles produites dans le reste du tube digestif, et qu'elles ont beaucoup moins de tendance au retour *ad întegrum*. Mais les faits se passent-ils de même façon en pathologie humaine ?

M. Reclus cite un fait qui a une valeur d'expérience de laboratoire. Il s'agit d'une femme de 29 ans, ne présentant aucune altération du tube intestinal, sans aucun antécédent, qui eut la fâcheuse idée pour se débarrasser d'oxyures vermiculaires, dont elle souffrait, de s'administrer un lavement additionné de 50 centigrammes de sublimé. A la suite de cette médication et bien qu'elle eût pris, immédiatement après, un grand lavement de lavage, cette jeune femme présenta des accidents graves d'entéro-colite, avec expulsion de matières enrobées de mucus, de fausses membranes, épreintes douloureuses. Etat général assez grave. Puis ces accidents disparurent au bout de huit jours, et firent place à tous les signes d'une appendicite. Il nous semble impossible de contester dans ce cas l'existence de relations très

étroites entre cette appendicite et la colite muco-membraneuse qui l'a précédée.

D'ailleurs, ne suffit-il pas d'invoquer la grande loi du *locus minoris resistentiæ*, qui régit presque toute la pathologie humaine, pour se rendre compte de la véracité de ces faits. L'entéro-colite, même si elle ne produit point de suite de l'appendicite, ne crée-t-elle pas en effet un lieu de moindre résistance ? Elle modifie les conditions de vitalité normale de la muqueuse, elle diminue le pouvoir phagocytaire de l'organe, et laisse pour longtemps un territoire mal protégé contre l'infection. L'appendice est bien un diverticule, mais il fait partie du tube intestinal, et comme tel ne doit-il pas réagir devant tous les processus inflammatoires qui atteignent l'intestin. — Toute entéro-colite ne donnera point d'appendicite, mais réalisera tout au moins une condition excellente pour l'éclosion de cette maladie, et toute infection gastro-intestinale, voire même générale, trouvera moins de résistance à son invasion. L'entéro-colite réalise une porte d'entrée, au même titre que le traumatisme d'une articulation favorisera le développement d'une arthrite. D'ailleurs, le diverticule cœcal doit à ses conditions anatomiques particulières de déclivité, d'étroitesse, et souvent de déviation et de torsion congénitales, d'être spécialement prédisposé aux inflammations ; « c'est un *locus minoris resistentiæ* par destination. »

CHAPITRE IV

Remarques tirées des observations

Une étude assez serrée, assez profonde, de toutes les observations que nous avons pu recueillir dans la littérature médico-chirurgicale, nous a permis de constater quelques faits, et parmi ces faits l'un d'eux peut répondre à une objection que l'on a faite sur les rapports de l'entéro-colite et de l'appendicite.

On a prétendu que les troubles gastro-intestinaux qui précèdent si souvent l'appendicite devaient être mis à l'actif de l'appendicite elle-même. C'est la lésion de l'appendice, dit-on, qui les cause, qui les entretient, et l'on ajoutait : la seule preuve, c'est la cessation de tous ces désordres, de tous ces symptômes, après l'ablation de l'appendice malade. Assurément l'appendicite peut provoquer par elle-même des troubles gastro-intestinaux, on ne peut le nier, mais en est-il toujours ainsi.

L'appendice réséqué, ces accidents disparaissent-ils toujours ? Non, car dans un grand nombre de nos observations l'on a continué à noter après l'opération des accidents d'entéro-colite. Nous relevons ce fait dans les observations I, II, IV, VII, XIV, XV XVII, etc.

C'est donc là une preuve des plus fortes. D'ailleurs,

en peut-il être autrement, l'ablation de l'appendice peut-elle détruire, enrayer l'inflammation du gros intestin. La cause en persiste, quoique l'effet en soit supprimé, et après l'opération la colite persiste avec tous ses phénomènes, selles glaireuses sanguinolentes, alternant avec une constipation opiniâtre, douleurs abdominales plus ou moins intenses. — Le malade ne doit pas se considérer guéri totalement, après son opération, il doit encore suivre un régime approprié, traiter en un mot sa colite,

Pourquoi la cessation de tous les troubles gastro-intestinaux après l'opération, serait-elle une preuve de la conception de l'appendicite comme maladie primitive? L'entéro-colite peut en effet guérir, et la cessation de tous les troubles après l'opération, n'être qu'une coïncidence. Quelquefois même, l'inflammation du gros intestin guérie ou latente, peut reparaitre après l'ablation de l'appendice. L'intervention chirurgicale n'a fait que réveiller ces troubles qui avaient eux-mêmes provoqué la lésion appendiculaire. Nous en avons un exemple dans l'observation II.

De nos observations nous tirons une autre remarque, remarque d'ailleurs faite déjà par M. Talamon, dans la Société Médicale des Hôpitaux de Paris de 1897. C'est à savoir que très souvent et nous en avons réuni quelques exemples dans notre thèse : l'appendicite chronique suit l'entéro-colite. L'entéro-colite semble donner un effet, une inflammation appendiculaire chronique, continue avec poussées aiguës successives. Cette forme se caractérise essentiellement « par des crises aiguës plus ou moins espacées ou rapprochées, et par un état de souffrance abdominale continue dans l'intervalle des crises. Fait

capital, et qui différencie à lui seul, les rechutes de l'appendicite chronique des récidives de l'appendicite, jamais ces crises ne donnent lieu à une perforation avec péritonite diffuse. Et M. Talamon conclut en disant que c'est dans ces cas là principalement que l'appendicite n'est qu'un épisode d'une maladie chronique du tube digestif, il va même plus loin, et dit que la colite muco-membraneuse avec ses symptômes si caractéristiques, sa constipation intermittente et tenace, ses selles dures, formées de scybales, arrondies ou ovalaires, enrobées de mucus, ses décharges douloureuses de matières glai-reuses, membraneuses ou sanguinolentes, font partie presque nécessaire du syndrome de l'appendicite chronique à rechutes.

Enfin, il nous semble que les accidents appendicilaires d'entéro-colite sont très fréquents chez les enfants. Nous avons pu en recueillir quelques observations, et l'on peut presque affirmer que presque tous les enfants atteints d'appendicite, ont rarement un passé vierge de toute anomalie, on trouve presque toujours dans leurs antécédents, des coliques, des ballonnements, de la diarrhée, de la constipation, des signes enfin de « dyspepsie intestinale ». Presque tous les auteurs qui s'occupent de pathologie infantile sont de cet avis, et si les observations ne sont pas plus fréquentes, c'est que il y a peu de temps que l'on fait des recherches en ce sens. M. Guinon explique très bien ce fait en disant que « chez les enfants, les différentes parties du tube digestif, n'ont pas d'individualité pathologique, une partie ne peut s'enflammer sans que les autres s'en ressentent. »

On trouve donc chez beaucoup de malades atteints

d'appendicite, de nombreux antécédents d'entéro-colite muco membraneuse, faut-il conclure de là, que toute colite membraneuse prépare, à plus ou moins longue échéance l'appendicite? Il faut résoudre cette question par la négative. L'appendicite peut être produite par une entéro-colite, mais toute entéro-colite ne produit pas fatalement l'appendicite. L'inflammation peut se localiser, et l'appendicite peut n'y point prendre part. Il faut le dire bien haut, car la conséquence prophylactique suit de près la conception pathogénique.

En effet, si l'entéro-colite prépare toujours l'appendicite, il faut que les malades qui en sont atteints se fassent débarrasser de leur appendice, pour en prévenir l'inflammation. La colite muco-membraneuse ne guérit pas vite par les moyens radicaux. Souvent même elle est rebelle au régime le plus sévère, aux traitements les plus complets et les plus suivis. Alors doit-on opérer au plus tôt par précaution? Eh bien non, pour une conséquence possible mais non fatale de l'entéro-colite, on ne doit pas exposer des sujets qui supportent assez bien leurs troubles intestinaux à une intervention chirurgicale toujours grave. Mais ce qu'il faudra faire c'est de ne point perdre de vue l'appendice chez tous les gens atteints d'entéro-colite, connaître la complication possible de cette maladie et pouvoir, à la première alerte, agir efficacement.

CHAPITRE V

Rapports symptomatiques de l'Appendicite et de l'Entéro-Colite

L'appendicite et l'entéro-colite n'ont pas seulement des rapports de cause à effet, elles ont encore des rapports symptomatiques. L'entéro colite se présentant sous les manifestations les plus diverses, peut simuler dans quelques cas l'appendicite. Il est bon de dévoiler ce fait et d'indiquer les moyens de diagnostic différentiel de ces deux affections. L'une relève d'un traitement médical, l'autre le plus souvent d'un traitement exclusivement chirurgical.

Dans les deux affections, les douleurs peuvent apparaître brusquement et avoir la même intensité. Les entéro-colites, et ceci particulièrement chez l'enfant qui réagit plus que l'adulte, ont souvent de ces poussées aiguës avec des symptômes très alarmants. Fièvre, vomissements alimentaires, muqueux, bilieux, verdâtres, douleur prédominante au niveau du cœcum, rien ne manque, et presque toujours l'on porte le diagnostic d'appendicite. M. Dieulafoy, dans ses cliniques de l'Hôtel-Dieu de l'année dernière, apporte quelques

remarques à ce sujet : « M. Hutinel, dit-il, a vu trois enfants de douze ans, une fillette de sept ans et un garçon de quatre ans, chez lesquels l'opération fut proposée, et qui faillirent être opérés à cause de la localisation de la douleur dans la fosse iliaque droite ». Et cependant, en y regardant de près, en analysant chaque symptôme, on pourra dévoiler l'appendicite. La douleur de l'appendicite est nettement localisée et exaspérée par la pression au point de Mac-Burney, au milieu de la ligne classique qui réunit l'épine iliaque antérieure et supérieure et l'ombilic. L'entéro-colite n'a pas de point douloureux très net, bien localisé, mais une surface douloureuse, presque toute la fosse iliaque droite dans le cas de prédominance de ce côté. De plus, dans l'appendicite on constate de bonne heure un phénomène qui se rattache à la douleur et que nous ne trouvons que rarement dans l'entéro-colite, c'est la contracture musculaire, la défense de la paroi. Dans l'entéro-colite, au contraire, M. Langenhagen signale la flacidité de la paroi abdominale qui permet de palper profondément l'abdomen jusqu'à la colonne vertébrale. C'est la sensation de l'« intestin chiffon », quelquefois cette sensation est remplacée par celle de dureté de l'intestin, mais jamais de la paroi. Cependant la sensibilité générale de l'abdomen, les phénomènes de péritonisme, voire même les selles glaireuses, et une fièvre plus ou moins marquée, peuvent s'observer dans les deux affections. Aussi ces deux points : la douleur et la tension de la paroi abdominale, ne peuvent être toujours de bons signes de diagnostic. La douleur appendiculaire n'est pas toujours à droite, tous les phénomènes de l'ap-

pendicite se produisent quelquefois dans la fosse iliaque gauche, la droite étant absolument normale. Or, dans la colite, les douleurs se localisent le plus souvent à gauche, au niveau du colon descendant et de l'S iliaque. Trouvons-nous alors d'autres signes différentiels. La colite a bien des manifestations symptomatiques assez particulières : les épreintes avec selles sanguinolentes ou mêlées de débris membraneux, le soulagement passager, mais complet, après cette expulsion de membranes ou à la suite d'un purgatif huileux, amenant une débâcle de matières dures, se voient plutôt dans la colite.

Le seul moyen sûr de recherche clinique, sur lequel M. le professeur Poncet a souvent insisté, sera le toucher rectal combiné avec le palper abdominal, lui seul pourra dévoiler si l'appendice est en cause, s'il est enflammé, s'il s'est formé une collection purulente. Et cet examen devra toujours être fait dans le cas de doute ; un diagnostic précoce peut, en effet, prévenir des accidents graves (suppuration, perforation, péritonite). Chez la femme, le toucher rectal devra être associé au toucher vaginal.

Nous pourrions étendre cet examen aux cas de colite chronique, dont l'évolution générale avec ses crises intermittentes est fort analogue à celle de l'appendicite chronique avec rechutes successives. Encore, ici il faudra recourir au toucher rectal qui, dans le cas d'appendicite chronique, permettra de percevoir une induration profonde d'accès facile.

« L'entéro-colite muco-membraneuse et l'appendicite forment un ensemble pathologique dont les étapes sont

parfois distinctes et successives, parfois contemporainés ». C'est alors que la symptomatologie de l'appendicite peut être modifiée ou observée par l'existence d'une colite concomittante. Nous avons vu combien il était difficile quelquefois de différencier ces deux maladies ; rien d'étonnant à ce que l'évolution d'une appendicite chronique soit méconnue chez des gens atteints d'entéro-colite, si l'on n'a pas l'idée préconçue de la possibilité d'une appendicite. Dans l'observation 1, les crises d'entéro-colite ont masqué pendant plus de trois mois l'évolution appendiculaire très lente ; ce n'est que par des examens répétés que l'on a pu découvrir un empâtement diffus au niveau du point de Mac-Burney, que l'on a pu faire l'ablation de l'appendice au moment où les lésions étaient peu prononcées. Ce masque que l'entéro-colite met sur l'appendicite est très redoutable ; il permet à des chirurgiens très expérimentés de commettre des erreurs. N'oublions pas que derrière l'entéro-colite, il y a quelquefois une lésion qui sommeille.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I (*Inédite*)

Colite muco-membraneuse, fissure à l'anus avec contracture pasmodique. Appendicite chronique et pérityphlite. Résection de l'appendice. Dilatation de l'anus. Persistance de l'entéro-colite.

Poyet, 40 ans, tisseur à Villechenix. Père et mère morts de la poitrine, Deux frères et une sœur en bonne santé. Frère mort de la grippe.

Dans l'enfance, on ne note aucune maladie infectieuse, il y a douze ans, le malade a eu des hémoptysies, et a toussé pendant trois mois. Incapable de travailler pendant toute cette période. Depuis il a eu des bronchites tous les hivers. Il y a trois mois le malade est de nouveau retombé malade; et fut pris de céphalée, de frissons, de douleurs de reins et de l'abdomen. Il eut des coliques atroces qui résistèrent à tous les traitements. Le 18 avril 1898, il rentre à Saint-Augustin avec un facies coloré, non cachectique, il ne tousse pas, et se plaint seulement de sensations de cuisson dans l'abdomen, de borborygmes douloureux et d'un ballonnement très accusé après les repas. Ordinairement le malade est très constipé, il a parfois des périodes de diarrhée. L'examen de l'abdomen dénote alors à la pression superficielle, une douleur assez accusée dans tout l'abdomen, mais surtout au niveau des deux fosses iliaques. Pas de vomissement.

30 avril. Le malade a eu hier une selle absolument glaireuse analogue à des crachats, dont l'évacuation s'est accom-

pagnée d'épreintes et de ténésme douloureux. Le toucher rectal ne révèle rien d'anormal, une légère induration cependant dans la fosse iliaque droite. Le 25 juin, le malade sort un peu amélioré. Le 20 juillet, il rentre de nouveau à Saint-Augustin. On constate de nouveau : Douleurs continuelles, constipation alternant avec des évacuations de fausses membranes, de filaments, de mucus et même de sang. Le malade s'est cachectisé et devenu hypocondriaque ; on note même un peu de dyspnée. Le 16 août il passe en chirurgie. On constate une ulcération du pourtour de l'anus, étroite, parallèle aux plis rayonnés, accompagnée d'une douleur locale intense, et d'une contracture continuée et paroxystique du sphincter. Il se plaint de douleurs profondes dans le bas-ventre à maximum dans la fosse iliaque droite. Il existe en effet un empâtement diffus au niveau du point de Mac-Burney. Le 18, ablation de l'appendice et dilatation du rectum. L'appendice est libre dans la cavité abdominale, de volume normal, avec un peu de fibro-lipome de son méso. A l'ouverture est un calibre sans oblitération, ni rétrécissement, dans le fond deux boulettes stercorales et deux pépins de raisin. Traces de vieille inflammation. Le 5 septembre le malade passe dans un service de médecine. Plus de douleurs iliaques, persistance des glaires dans les selles. Le malade suit à la salle Saint-Jean un traitement médical ; il s'améliore rapidement. Actuellement le malade est presque guéri, et les troubles intestinaux qu'il présente encore sont insignifiants.

OBSERVATION II (*Thèse* CHASTANET)

Troubles intestinaux, puis appendicite, et apparition de l'entéro-colite, après opération.

L..., 6 ans. Bonne santé habituelle : Son passé est un passé intestinal. Choléra infantile, à l'âge de deux ans, prolapsus du rectum, constipation habituelle. En mars 1894, après la

grippe, il ressentit subitement au milieu de ses jeux une douleur dans le flanc droit, il eut des nausées. T. 38°. Le lendemain empatement et douleur dans la région cœcale. Tout disparaît en 4 ou 5 jours. En février 1896, rougeole normale guérie sans complications. En mai 1897, l'enfant est atteint d'une indisposition subite, avec vomissements. Le lendemain les vomissements ont cessé, mais la ventre est douloureux, T. 38° pendant quatre jours, puis guérison se produit. L'ablation de l'appendice est pratiquée quinze jours après par M. Broca. L'appendice est très augmenté de volume, fausses membranes péritonéales récentes. Huit jours après l'enfant eut une pousse d'entéro-colite muco-membraneuse dont il guérit rapidement. Cette entéro-colite, post-opératoire témoigne fort probablement des troubles intestinaux datant de loin, et l'intervention chirurgicale n'a fait que réveiller ces troubles qui avaient eux-mêmes provoqué la lésion appendiculaire.

OBSERVATION III. (WEISS et FEVRIER. *Revue de chirurgie*, 1898)

Appendicite aigüe consécutive à entéro-colite.

Le 29 avril 1898, M. Weiss était appelé par un de ses confrères à voir un garçon de trois ans, malade depuis trois jours. Cet enfant assez chétif avait présenté des signes antérieurs d'entéro-colite due à une hygiène défectueuse. Le 22 avril, il avait éprouvé brusquement des douleurs dans le ventre mais n'avait dû s'aliter qu'au bout de quatre jours. Son médecin constate à ce moment l'existence d'une tuméfaction dure, profonde, occupant la région ilio-cœcale. Quatre jours après, la tumeur avait notablement augmenté de volume, et présentait une fluctuation manifeste. Le restant du ventre était intact, et ne présentait qu'un léger météorisme. Le 26, laparatomie. Abscès, amélioration rapide. Guérison.

OBSERVATION IV (*Communiquée par M. WALTER à la Société de chirurgie, 2 décembre 1897.*)

Un enfant de huit ans présente des signes d'infection intestinale légère, puis d'entéro-colite chronique avec douleurs intestinales plus ou moins accusées, mais sans jamais avoir eu aucun signe d'appendicite. Au bout de trois ans, aux douleurs intestinales, qui persistaient et se manifestaient avec plus ou moins d'intensité, à intervalles variables, s'ajoutent d'autres douleurs plus intenses, revenant par crises, et que l'enfant différencie lui-même très nettement. L'exploration de l'abdomen permet alors de constater une douleur à la pression dans la région appendiculaire, douleur fixe, constante, et toujours retrouvée identique à des examens nombre de fois répétés. Il s'était donc établi une appendicite subaiguë, chronique. A partir de ce moment, les troubles digestifs s'accroissent, l'enfant maigrit. Résection de l'appendice, qui était le siège d'une folliculite intense, et en deux points la paroi était altérée, réduite à sa couche séreuse, et prête à se perforer. Depuis l'enfant a repris ses forces mais toujours un peu d'entérocologie.

OBSERVATION V (*Société de chirurgie 1896.*)

Marguerite B..., âgée de neuf ans, a eu il y deux ans une entéro-colite glaireuse, et l'été dernier une fièvre typhoïde, dont elle est bien remise. 18 octobre 1896, embarras gastrique. 22 octobre, inappétence, langue saburrale, sans aucune élévation de température, douze vomissements. Le malade se plaint d'une douleur épigastrique, violente, exagérée par la palpation. Il a de la tympanite du colon, et une douleur provoquée très nette sur la région du cœcum. T. 37° 2. Entéro-colite est le diagnostic porté. Les selles contiennent des matières glaireuses, et ont une odeur infecte. Le 25 octobre M. Pozzi voit la malade, et sent un empatement résistant, qui correspond exactement au cœcum. On décide l'opération.

On trouve le cœcum très distendu, très vasculaire, l'appendice rosé, libre d'adhérences, siège d'une folliculite intense. De cette observation, il se dégage : d'abord, une première étape d'entéro-colite et de typhlite; deuxième étape de typhlo-appendicite; troisième étape appendicite et pérityphlite.

OBSERVATION VI. (Communiquée par M. RECLUS à
l'Académie de médecine)

Entéro-colite. Appendicite gangréneuse.

Médecin qui à l'âge de quarante-sept ans fut pris à la suite d'un accès de fatigue, et au cours d'une colique néphrétique, d'une entéro-colite caractérisée par des douleurs aiguës, et l'expulsion pendant cinq semaines de selles glaireuses, fétides, et de lambeaux de membranes rubanées. Or, après cette crise, le malade guérit de son entéro-colite en conservant de cette atteinte, qu'un peu de pesanteur et de douleurs vagues dans le bas du ventre, lorsqu'un an après survint une appendicite qu'on opéra, et l'appendice gangréné fut trouvé au milieu d'un foyer purulent.

OBSERVATION VII (TALAMON)

Homme de 53 ans. Colite muqueuse depuis dix ou douze ans. Crises de coliques appendiculaires, il y a six ans pendant huit jours. Depuis lors alternatives de diarrhée et de constipation. Début brutal par coliques atroces avec syncoopes d'une demi-heure de durée. Pas de vomissements. Entré le septième jour. Résection de l'appendice. Lésions appendiculaires chroniques. Colite persiste.

OBSERVATION VIII

Entéro-colite. Appendicite. (Roux.)

Enfant C..., 6 ans, son père mort à 33 ans, et sa grand'mère, tous les deux à la suite d'une pérityphlite. Sa mère a eu également une attaque très grave, il y a cinq ans. Ce petit garçon a eu toujours les intestins délicats, depuis une entérite glaireuse à l'âge de quatre mois. Ordinairement constipé. Très sujet aux indigestions. T. médical. Mais au mois de septembre, tout à coup maux de ventre. Plus tard angioisses, nausées, vomissements. Douleur à droite. Opération. Abscès en arrière et en dehors du cœcum. Pus verdâtre. Appendice gangrené.

OBSERVATION IX (Communiquée par M. RECLUS
à l'Académie)

Entéro-colite. Appendicite.

Sage femme qui fut prise en 1894 d'une entéro-colite muco-membraneuse. La crise survenant presque tous les mois, chez elle l'évacuation de matières glaireuses et rubanées, est particulièrement abondante. Deux ans après, manifestation de colite. Douleur aiguë, d'abord ombilicale, puis dans la fosse iliaque droite, des nausées, des vomissements, du météorisme, de l'arrêt des matières fécales, empatement dans la région appendiculaire. Nouvelle poussée en février dernier. Encore point douloureux sur la ligne de Mac-Burney, et une masse oblique, boudinée, douloureuse à la pression. Opération. Appendicite chronique.

OBSERVATION X (*Thèse* ANGHEL)

Albert R..., huit ans. Entre le 5 février 1897 dans le service de M. Jalagnier. Au mois de décembre, rougeole, et à

peine entré en convalescence il eut une entéro-colite, avec douleurs abdominales intenses et diarrhée abondante. A ce moment douleur dans fosse iliaque droite. Opéré par M. Jalaguier. Appendice très gros avec calcul.

OBSERVATION XI. (Recueillie par M. JALAGUIER et communiquée par RECLUS). Thèse ANGHEL.

Entéro-colite infectieuse. Appendicite 5 mois 1/2 plus tard.

M^{lle} X..., 16 ans 1/2, grande et pâle, sujette depuis son enfance à des troubles digestifs assez fréquents. Le 8 juin 1895, indigestion après avoir mangé des fraises. Vomissements, diarrhée, douleurs abdominales généralisées. Le 19, examen de la malade. Ventre ballonné, mais souple. Rien qui permette de soupçonner une appendicite. T. 38°. Etat général satisfaisant. Le 28 juillet, défervescence complète à la suite du traitement. Opium, diète, glace. Examen restant complètement négatif au point de vue d'une appendicite. Il n'existait dans la région de l'appendicite aucune induration, et pas le moindre point douloureux. Tout l'été se passa sans incident. Le 2 décembre 1895, l'enfant fut prise de douleurs dans le ventre ; on constate une légère induration en dedans du cœcum. 7 décembre, Jalaguier revoit la malade, l'appendicite était évidente. Plastron caractéristique, fièvre, pas de vomissements, constipation. Tout s'amende rapidement. Laparotomie. Guérison.

OBSERVATION XII

Obs. de M. JALAGUIER. Colite muco-membraneuse. Appendicite quatre mois plus tard.

X....., 12 ans, chétif, épileptique, gros mangeur. Le 15 mars 1895 est pris de diarrhée intense accompagnée de ballonnement et de douleurs abdominales, généralisées sans

vomissements. Selles glaireuses et fétides. M. Comby, appelé en consultation, diagnostiqua une entéro-colite membraneuse, et prescrivit un traitement approprié. Guérison en trois semaines. Pendant les mois de mai et juin, la santé resta bonne quoique l'enfant ait de temps en temps de la diarrhée, avec une légère sensibilité dans la région cœcale. Le 14 juillet 1896, après un excès d'alimentation, indigestion violente avec vomissement et diarrhée. Le 17, douleurs abdominales intenses. Vomissements bilieux. Diagnostic d'appendicite avec plastron iliaque. Traitement médical.

OBSERVATION XIII

Observation de M. François FRANK. Entéro-colite. Appendicite. (Thèse ANGHEL).

Accidents d'entéro-colite muco-membraneuses avec alternatives de constipation et de diarrhée. Souffrant d'une façon assez constante dans la région iliaque droite, mais jamais arrêtée. Au mois d'avril 1895, sans raison connue autre qu'une marche un peu prolongée, vive douleur sus-ombilicale avec vomissements muqueux et bilieux. Le lendemain, douleur très vive se déplaça et se fixa dans la région iliaque droite. A ce niveau, la palpation est très difficile en raison de la contracture des muscles de la paroi, permet de constater une tuméfaction très notable avec asymétrie de la paroi abdominale. Diagnostic d'appendicite. Guérison spontanée.

OBSERVATION XIV. (Thèse ANGHEL).

L'interne du service fut pris, au commencement d'août 1894 et pendant la préparation du concours de l'internat, de troubles digestifs intenses ; anorexie, lenteur des digestions, constipation opiniâtre, selles glaireuses, expulsion des muco-

membranes, puis tout à coup, le 19, survinrent une douleur localisée à la fosse iliaque droite du météorisme, et des vomissements alimentaires et bilieux.

La première crise s'apaise, mais il garde tous les signes d'entéro-colite, et une sorte de sensibilité du côté de la fosse iliaque droite, lorsque au mois d'août 1896, une attaque plus grave, douleur vive, localisée au point de Mac Burney, nausées, météorisme. Le toucher rectal donne une induration au siège de l'appendice. Appendectomie, guérison, mais entéro-colite apparaît parfois.

OBSERVATION XV (*Thèse* CHASTANET 1897.)

Louis R... 9 ans 1/2. Entré le 4 juin 1897, salle Denonvilliers à l'hôpital Trousseau. Jusqu'à l'âge de 7 ans, cet enfant jouit d'une assez bonne santé. Il faut noter cependant qu'il était très sujet à la constipation et que ses parents devaient diriger avec le plus grand soin son alimentation, et lui donner une nourriture rafraîchissante pour le faire aller à la selle. Ses parents racontent qu'en mai 1895, l'enfant ayant mangé des queues d'asperges, fut pris huit jours après de troubles intestinaux avec nausées pour lesquels on lui administra un vomitif, puis un purgatif, il aurait ainsi rendu ses queues d'asperges? Mais en même temps, il évacua du sang en notable quantité. Au bout d'un mois, il était rétabli, et les selles étaient régulières. En mai 1896, expulsion de membranes, dont quelques-unes avaient 40 centimètres de longueur sur 1 centimètre de largeur. Les membranes disparaissent. Le 13 novembre, à l'occasion de coups de pieds qu'il avait reçus dans le dos, la hanche, et dans la fosse iliaque droite, malaise général, état fébrile, le 15, purgation. L'enfant rend une énorme quantité de membranes et plusieurs caillots de sang. Dès ce moment, il éprouve des douleurs dans la fosse iliaque droite, il a fréquemment des nausées sans vomissement et de la fièvre. Péritonite généralisée le 20 novembre.

Le 27, localisée nettement à droite. La température s'abaisse, le ventre est encore gonflé, mais souple, sauf au niveau de la fosse iliaque droite, qui est le siège d'une tumeur très douloureuse. Le malade va de mieux en mieux. Traitement médical. En janvier guéri, mais les garde-robes contiennent de temps en temps des membranes.

OBSERVATION XVI (*Inédite*)

Accidents d'entéro-colite et d'appendicite chronique.

Madame X..., 25 ans. Antécédents héréditaires. Père et mère en bonne santé. Un frère mort de perforation intestinale, dont la cause est inconnue, nous dit la malade; une sœur morte en bas âge d'échauffement.

Antécédents personnels : Rhumatisme et angines. Nervosisme. L'histoire de la maladie remonte à 14 ans. La malade, à ce moment, se mit à souffrir de constipation opiniâtre, de malaises gastro-intestinaux, de migraines. De temps en temps elle avait des débâcles, et ses garde-robes contenaient des matières glaireuses et des membranes. Cependant l'état général était assez bon. A l'âge de 16 ans, elle fut prise tout à coup de douleurs épigastriques très violentes; on croit d'abord à un embarras gastrique, mais, trois jours après, la malade est prise de coliques abominables, de vomissements muqueux, puis bilieux. L'abdomen était très ballonné. On donne alors des lavements purgatifs. Débâcle de matières glaireuses, de membranes, et de scybales enrobées de mucus. Au bout d'une quinzaine de jours la malade se remet peu à peu. Mais au bout de dix jours, à la suite d'un voyage en voiture, la malade est en proie de nouveau aux mêmes symptômes, même plus forts, nous dit la malade. Même traitement. La malade se remet assez vite et va passer quelque temps à la campagne.

A son retour, la malade est presque guérie, mais état gastro-intestinal toujours faible. Le moindre écart de régime,

le plus petit excès de nourriture provoquaient des vomissements d'abord alimentaires puis bilieux, et de débauches de matières rubanées. Cet état se prolonge jusqu'à l'âge de vingt ans. La malade se marie, à l'occasion de sa première grossesse, trois mois avant la fin de cette dernière, elle sent tout à coup dans le côté droit, une douleur lancinante fixe. Pendant trois ans, elle conserve cette douleur, accompagnée tous les trois ou quatre jours de vomissements bilieux et de débauches de membranes. Malgré cela, l'état général continue à être bon. Pas d'amaigrissement notable, mais une certaine faiblesse.

Au mois de mai 1897, la malade eut une crise plus violente que les autres ; les vomissements, très abondants, accompagnés d'étouffements. La malade est très nerveuse, et son nervosisme s'est accru, nous dit-elle, depuis sa maladie. Elle fit appeler M. le Docteur Bérard, qui diagnostiqua une appendicite, en présence de la douleur fixée dans la fosse iliaque droite et du point de Mac Burney. Mais vu les précédentes attaques d'entéro-colite muco-membraneuse, la malade fut soumise pendant deux mois à un traitement médical qui l'améliora beaucoup. L'opération est faite le 3 juillet 1897. On trouve un appendice très enflammé, très sclérosé, prêt à se perforer au milieu. Après l'opération, plus de constipation, santé générale très bonne. Mais au bout de six mois la constipation est revenue, et les mêmes attaques de vomissements, et de selles glaireuses, muco-sanguinolentes, quelquefois réapparaissent. Sur ces entrefaites, le 1^{er} septembre 1898, la malade prend froid et a une attaque de dysenterie ? Elle rentre, le 8 octobre 1898, à la maison de Santé. Les troubles gastro-intestinaux persistent, mais moins intenses. Un traitement médical, et un régime particulier est institué, la malade va mieux.

OBSERVATION XVII (*Société des Hôpitaux de Paris,*
TALAMON.)

Homme de 26 ans. Colite muqueuse avec selles glaireuses depuis l'enfance. Début brusque dans la nuit par coliques atroces, avec maximum de la douleur dans la fosse iliaque droite. Le quatrième jour, essaie de se lever; mais repris aussitôt d'une douleur violente dans la fosse iliaque droite, cette fois avec vomissements incessants. Vu le douzième jour. Tuméfaction diffuse et saillante de tout le flanc droit jusqu'à l'ombilic; hyperesthésie et tension de la paroi. Pas de fièvre. Limitation et diminution rapide de la tumeur, d'abord grosse comme la main allongée obliquement, puis, au bout de dix jours, grosse comme un œuf de poule. Résorption complète au bout de quinze jours. Depuis cinq ans, pas de crises nouvelles.

OBSERVATION XIX (TALAMON)

Femme de 65 ans. Troubles intestinaux depuis l'enfance; scybales et selles glaireuses. Crise de colique appendiculaire, il y a un an, avec diarrhée qui a duré deux jours. Début brusque après dîner, coliques et vomissements alimentaires et bilieux dans la nuit. Vue le troisième jour. ventre souple, douloureux surtout à droite; hyperesthésie et tension du muscle droit; point de Mac Burney. Pas de fièvre. Sangsues et cataplasmes. Tumeur douloureuse de la grosseur d'un œuf, en dedans de l'épine iliaque, qui disparaît complètement le quinzième jour.

OBSERVATION XX (TALAMON)

Fillette de 12 ans. Colite muqueuse avec selles glaireuses et constipation depuis un an. Début brusque dans la nuit,

douleurs vives dans le ventre, avec vomissements alimentaires, puis bilieux. Constipation. Vue le quatrième jour. Pas de ballonnement du ventre. Empatement douloureux de la largeur de la main dans la fosse iliaque droite. Fièvre à 38°6. Plus de vomissements. Sangsues, puis cataplasmes. Huile de ricin. Chute de fièvre le huitième jour. Disparition complète de toute tuméfaction le quatorzième jour.

OBSERVATION XXI (TALAMON)

Fillette de 13 ans. Pas de crise antérieure. Il y a six mois colite aiguë muqueuse avec selles glaireuses et sanguinolentes. Constipation depuis lors. Début brusque après déjeuner par douleur dans le flanc droit, suivie de vomissements alimentaires, Vue le quatrième jour. Tuméfaction de tout le côté droit. Le ventre est souple à gauche. Plus de vomissements. Constipation. Fièvre à 38°7. Sangsues. cataplasmes, lavements. Chute de la fièvre le huitième jour. Résolution progressive. On ne constate plus rien dans la fosse iliaque le dix-huitième jour.

OBSERVATION XXII (TALAMON)

Femme de 45 ans. Constipation habituelle avec colite muco-membraneuse depuis dix ou douze ans. Début brusque la nuit, coliques généralisées avec vomissements alimentaires. Le lendemain douleur iliaque droite. Vomissements incessants porracés, ventre météorisé, hypéresthésie extrême. Point de Mac Burney. Tention du muscle droit. Vue le troisième jour. Sangsues et glace, huile de ricin. Le péritonisme disparaît le quatrième jour. La douleur, sans empatement iliaque, persiste jusqu'au neuvième jour, Pas de crise nouvelle depuis trois ans.

OBSERVATION XXIII (TALAMON)

Homme de 19 ans. Troubles intestinaux depuis l'enfance. Colite muqueuse avec scybales. Première crise d'ap-

pendice il y a huit mois a durée une huitaine de jours. Début par des douleurs vagues, puis par des crises violentes dans la nuit, avec vomissements bilieux. Entré le troisième jour. Pas de contracture, ni de ballonnement. Point de Mac Burney, pas d'empatement de la fosse iliaque. Fièvre légère 38° 2. Constipation. Purgatif et cataplasmes. Plus de douleurs le neuvième jour.

GBSERVATION XXIV. (TALAMON) — Entéro-Colitté, Appendicite chronique à rechutes.

Femme de 32 ans. Mère morte d'une affection intestinale après opération. Constipation habituelle alternant avec des selles glaireuses et sanguinolentes. Météorisme habituel. — Première crise appendiculaire il y a deux ans, depuis lors, cinq crises, atonie-gastro-intestinale, clapotage à la percussion et à la palpation tout le long du colon transverse. Ventre, flasque et tombant. Constipation opiniâtre, scybales entourées de glaires. Hémorrhôides. Teint jaunâtre et terreux. Se refuse à l'opération.

OBSERVATION-XXV. — Colite, Appendicite chronique à rechutes. (TALAMON)

Homme de 30 ans. Colite muco-membraneuse depuis quatre à cinq mois. Depuis deux mois, trois crises d'appendicite avec fièvre, vomissements, coliques et douleur fixe dans la fosse iliaque droite, la dernière crise aigue, il y a quinze jours. Actuellement ventre météorisé et douloureux partout. Point de Mac Burney. Pas de tumeur appréciable dans la fosse iliaque droite. Atonie intestinale avec constipation opiniâtre; gargouillement avec gonflement gazeux intermittent du cœcum.

OBSERVATION XXVI. — Colite, Appendicite chronique à rechutes. (TALAMON)

Homme de 36 ans. De 1883 à 1892, douleurs abdominales, continuelles. Alternatives de constipation tenace, et de débâcles avec scybales et matières glaireuses. Ventre toujours ballonné, en outre très souvent, jusqu'à 2 à 3 fois par mois, douleurs plus vives dans la fosse iliaque droite, s'irradiant dans la cuisse du même côté, et s'accompagnant d'un gonflement de la région cœcale, qui disparaissait après un purgatif. Ces crises duraient rarement plus d'un jour, Opéré par Reclus, en 1892. Résection à l'appendice qui était gros comme le pouce, et d'après le malade il en est sorti comme « deux crottes de rat. »

OBSERVATION XXVII (Idem)

Homme de 36 ans. Troubles intestinaux depuis l'enfance. Depuis deux ans souffre continuellement du ventre avec paroxysme douloureux à droite, l'obligeant à prendre le lit 8 à 12 jours tous les mois, tous les deux mois. Douleur parfois atroce syncopale, suivie de vomissements répétés. Colite muqueuse dans l'intervalle. Résection de l'appendice. Plus de crise depuis quatre ans.

OBSERVATION XXVIII

Appendicite dans le cours d'une colite muco-membraneuse. Laparatomie. Issue spontanée de l'appendice. Guérison. Par M. JULIÉ, médecin-major de 1^{re} classe. (*Archives de Médecine et Pharmacie militaires*. 1898).

M. X..., lieutenant de cavalerie, âgé de 38 ans, de tempérament nerveux, est neurasthénique actuellement. Il n'a pas d'antécédents paludiques, mais, par suite d'écarts de régime, il est atteint, depuis trois ans, de troubles dyspep-

tiques (acidité, flatulence, digestion pénible) et d'entéro-colite avec alternatives de diarrhée et de constipation, et selles caractéristiques de la colite muco-membraneuse.

La maladie éclate le 25 mars 1897 par des vomissements alimentaires et bilieux, dans la nuit, violent accès de fièvre (41°) avec frisson, chaleur et sueurs abondantes, d'une durée de deux ou trois heures seulement, et suivie d'une douleur abdominale, d'abord vague, mais qui se localise bientôt dans la fosse iliaque droite. T. 38°7 pendant le 26. Le lendemain, le malade a une légère teinte subiatérique, pas de fièvre ni de vomissements, mais toujours douleur dans le ventre. A l'examen, on trouve un empatement profond de la fosse iliaque droite, très sensible à la pression, avec le point douloureux maximum de Mac Burney. Traitement médical, pommade belladonnée, purgatifs. Au 3 avril, la douleur abdominale devient plus aiguë, l'empatement de la fosse iliaque droite est plus épais et commence à former une voussure en avant. T. 39°. Le 7 avril, laparotomie, issue de 250 grammes d'un pus jaunâtre, grumeleux, fétide. Après un lavage un peu rigoureux à l'eau boricuée, l'appendice est chassé librement par sphacèle de son point d'insertion au cœcum. Suites opératoires simples, malgré un peu de fièvre après l'opération. M. X... sort de l'hôpital le 8 mai 1897. Son entéro-colite a été très améliorée par une diète lactée prolongée, et une cure à l'eau de Vichy après l'opération.

OBSERVATION XXIX. — Communiqué par M. WALTHER
à la Société de Chirurgie).

Une jeune fille de 18 ans, entrée le 11 juillet dernier à la Charité, dans le service de mon maître, M. le Professeur Tillaux, que j'avais l'honneur de suppléer pendant les vacances. Jamais elle n'avait eu aucun signe d'appendicite, mais quinze jours avant son entrée, elle avait été prise d'embarras gastrique, puis d'entéro-colite assez intense,

avec diarrhée persistante. L'attaque d'appendicite avait débuté le 3 juillet. Je ne trouvai, en l'examinant le 12, quatre jours par conséquent après le début, aucune trace de foyer, pas de submatité, un léger ballonnement, une douleur très vive dans la fosse iliaque droite, des vomissements. Le lendemain, intervention. A l'ouverture du péritoine, aucune trace d'adhérence, un peu de liquide séreux, légèrement trouble, baigne les anses intestinales. Le cœcum, les anses d'intestin grêle voisines, sont très rouges, vascularisées. L'appendice rétro-cœcal et ascendant, est très long (12 cent.) turgescent, rouge, dépoli. Nulle part, aucune trace d'adhérences. La malade guérit rapidement.

OBSERVATION XXX (TALAMON)

Femme de 35 ans, souffre continuellement du ventre, surtout à droite, avec des crises de coliques passagères. Constipation opiniâtre, météorisme, selles muco-membraneuses. Six crises nettes d'appendicite, la première, seule, a été violente avec fièvre et gonflement du ventre à droite. On constate dans la fosse iliaque droite un cordon allongé, de la grosseur du doigt, sensible à la pression.

OBSERVATION XXXI (TALAMON)

Homme de 25 ans, alternatives de constipation et de colite muco-membraneuse, crises appendiculaires incessantes, tantôt fébriles, tantôt sans fièvre. A la fin de 1892, on constate dans la fosse iliaque droite, une tuméfaction douloureuse, de la grosseur d'un œuf. Amaigrissement et neurasthénie.

OBSERVATION XXXII (*Inédite*, due à l'obligeance de M. DUPLAN.)

B. V., 20 ans, né au Creusot. Entré le 5 octobre 1898, à la salle Sainte-Marie, Parents en bonne santé. Réglée à 11 ans.

Elle-même n'a jamais été malade avant le début de l'affection aétuelle. Depuis le mois de novembre 1897, il existe une diminution de l'appétit accompagnée de douleurs très aiguës, survenant trois heures environ après les repas. A cette époque la malade se plaignit d'être très constipé. Antérieurement il existait de la diarrhée. La constipation s'est accentuée en décembre. Pendant trois mois, l'état de la malade reste stationnaire, puis en février survint une crise hystérique. Elle fut suivie d'une douleur excessivement vive et persistante siégeant dans l'hypocondre droit. Il s'agissait d'élançements courts, s'irradiant jusque dans la cuisse du même côté. Point douloureux de Mac Burney, et au bout de quelques jours expulsion de fausses membranes dans ses matières. Plus d'appétit, toute ingestion d'aliments provoque aussitôt des douleurs. Crises se sont répétées plusieurs fois par semaine. On traite la malade pour son entéro-colite, mais la douleur dans l'hypocondre droit persiste entre les crises. Point douloureux de Mac Burney. Une appendicite chronique semble s'être installée insidieusement à la suite d'entéro-colite. Etat général stable.

CONCLUSIONS

1° Les troubles gastro-intestinaux quelquefois prémonitoires de l'appendicite sont presque toujours de l'entéro-colite muco-membraneuse. Leur étude, leur rapprochement avec les symptômes de cette maladie, permettent cette affirmation.

2° L'entéro-colite peut donner naissance à une appendicite :

Nous avons réuni 32 observations dans notre thèse : ce chiffre n'est pas énorme, vu la fréquence de ces deux affections ; mais nous pensons que ces relations, comme on l'a observé souvent pour beaucoup d'autres affections, seront d'autant mieux signalées, que l'attention aura été éveillée sur ces faits.

a) Des considérations anatomiques et histologiques, ainsi que la comparaison des lésions anatomo-pathologiques, de ces deux affections le font supposer.

b) L'expérimentation le démontre.

3° L'étude des observations où une colite a précédé l'éclosion de l'appendicite permet de constater :

a) Que l'ablation de l'appendice ne fait point toujours disparaître les troubles gastro-intestinaux, preuve qu'il n'en est point l'auteur.

b) Que l'appendicite chronique est la forme d'appendicite qui succède le plus souvent à l'entéro-colite.

a) Que cette complication de l'entéro-colite est très fréquente chez les enfants.

4° L'ablation de l'appendice ne s'impose pas chez les gens atteints d'entéro colite, puisque la complication n'est pas fatale. Mais chez tous ses malades, on doit songer à la complication possible, et surveiller l'appendice.

5° L'entéro-colite peut simuler l'appendicite. Le seul moyen clinique de ne point faire un faux diagnostic, est, suivant M. le Professeur Poncet, de s'adresser au toucher rectal. Dans le cas de co-existence de ces deux affections, il ne faut pas oublier que l'entéro-colite obscurcit beaucoup la symptomatologie de l'appendicite.

VU :

Le Président de la Thèse,

ANTONIN PONCET.

VU :

Le Doyen,

LORTET.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Le Recteur,

G. COMPAYRÉ.

BIBLIOGRAPHIE

- Revue de chirurgie, 1896-1897.
Bulletin Médical, 1896-1897.
Congrès de chirurgie, 1896-1897.
Rochaz. Thèse de Lausanne, 1895-1896.
Anghel. Pathogénie de l'appendicite. Thèse Paris, 1896-1897.
Carret. De l'entéro-colite muco-membraneuse. Thèse Paris, 1897.
Cliniques médicales de l'Hôtel-Dieu. Dieulafoy, 1896.
Revue de chirurgie, 1892.
Langenhagen. Entéro-colite. Semaine médicale, 1898.
Jules Simon. Bulletin médical de 1891.
Talamon. Appendicite et pérityphlite.
Les colites chez l'enfant. Guinon, 1898. Congrès de pédiatrie et de gynécologie.
Appendicites expérimentales. Beaussenat. Thèse Paris, 1896-1897.
Académie de médecine, 1896-1897.
Appendicite chez l'enfant. Gordon. Thèse Paris, 1896-1897.
Bulletin de la Société médicale de la Suisse romande, 1897.
Société médicale des hôpitaux, 1897-1898.
Legueu. Monographie sur l'appendicite.
Traité de chirurgie. *Article de Delbet sur l'appendicite.*
Annales de médecine militaire, 1898.

TABLE DES MATIÈRES

	Pages
INTRODUCTION	9
CHAPITRE I. — Des troubles intestinaux prémonitoires de l'appendicite	12
CHAPITRE II. — Considérations anatomiques et anatomo-pathologiques à l'appui des rapports de l'appendicite et de l'entéro-colite	17
CHAPITRE III. — Des preuves expérimentales	23
CHAPITRE IV. — Remarques tirées des observations	26
CHAPITRE V. — Rapports symptomatiques de l'appendicite et de l'entéro-colite	30
CONCLUSIONS	53

